ARTROSCOPIA DE CADERA: FACTORES QUE SE ASOCIAN CON EL DOLOR POSTOPERATORIO

Azócar Sanhueza Camila[1], Torres Pérez David[2], Díaz Pino Eduardo[3], Valiente Valenzuela Roberto[3]
[1] Interna Universidad de Los Andes.
[2] Anestesiólogo, Clínica Santa María.
[3] Traumatólogo, Clínica Santa María.

Introducción: La artroscopia de cadera es una de las cirugías que más ha evolucionado en los últimos años. Produce dolor moderado a severo en el postoperatorio; se han intentado diversas técnicas regionales para disminuir su intensidad. Evaluamos las primeras 241 artroscopias de cadera en Clínica Santa María.
Objetivo General: Determinar que factores influyen en el dolor postoperatorio (técnica anestésica, tipo de cirugía, tiempo de tracción, otros) mediante una revisión retrospectiva de la base de datos de artroscopias de cadera.
Material y Métodos: Luego de obtener aprobación del comité de ética de Clínica Santa María, se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes operados de artroscopia de cadera entre septiembre/2009 y julio/2012. En una hoja de extracción de datos especialmente diseñada, se recopilaron los datos demográficos, variables quirúrgicas (diagnóstico preoperatorio, duración de la cirugía, tiempo de tracción, tipo de cirugía, número de anclas en estabilización del labrum), anestésicas (tipo de anestesia, tiempo de anestesia, analgesia postoperatoria) postoperatorio (EVA PACU, EVA) y seguimiento ambulatorio (dolor, complicaciones). Se calcularon las variables de tiempo y dolor postoperatorio en periodos de un año calendario. Datos se presentan como promedio(DS) o n(%). Se utilizó software estadístico Stata 10.0. Se realizaron regresiones paramétricas y no paramétricas con las distintas variables para ver la influencia de cada una de ellas en las variables dependientes y ANOVA para comparaciones entre grupos (corrección de Bonferroni). Se consideró significativa una $p \leq 0,05$.
Resultados: En el período estudiado se operaron 241 artroscopias de cadera. Los datos demográficos están en la tabla 1. En el primer seguimiento, (promedio 30,5 (16)), un 96% presenta dolor leve

Tabla1. Datos demográficos

Edad (años)	38,6 (11,7)
Peso (kg)	72 (13,6)
Talla (m)	166,9 (10,1)
IMC (kg/m^2)	25,9 (4,7)
Sexo femenino (%)	52,3%
Tabaquismo (%)	29,6%
ASA I/II/III (n)	151/81/1 (65%/34,5%/,5%)
Lateralidad derecha (%)	51,5
Anestesia gases/TIVA (%)	76,7%/23,3%
Anestesia mixta (n)	27 (11,2%)
T tracción (`)	62,2 (25,1)
T cirugía (`)	105,6 (73)
T PACU (`)	97,8 (127,4)
Días hospitalización	1,36 (,56) rango 1 - 3)

o ausencia de dolor, lo que al segundo seguimiento alcanzaba un 98%. 2 pacientes presenta lesiones neurológicas transitorias que se resuelven espontáneamente. El tiempo de tracción y de cirugía disminuyen significativamente en los últimos 2 años comparados con 2009 y 2010. El dolor postoperatorio fue significativamente menor en 2012 al compararlo con 2010. El modelo de regresión mostró que el dolor en PACU se asoció estadísticamente con el sexo femenino (Fem 5,4 (3,3) *vs* Masc 4, 3 (2,9), $p < 0,05$) e inversamente con el tiempo de tracción (coeficiente de regresión -0,016 (IC 95% -0,3, -,0007), $p < 0,05$).No hubo asociación estadística con diagnóstico preoperatorio, duración de la cirugía, número de anclas, obesidad, tipo de anestesia, bloqueos regionales/neuroaxiales o tipo de analgesia postoperatoria.

Conclusiones: Las variables que influyen en el dolor postoperatorio en este análisis de regresión son el sexo del paciente y, sorprendentemente, el tiempo de tracción de manera inversa. Estas variables, sin embargo no son susceptibles de intervención de nuestra parte. A diferencia de otros estudios publicados, no encontramos influencia de las diferentes técnicas anestésicas en los outcomes inmediatos. Tanto el dolor como la tasa de complicaciones y seguimiento son similares a lo reportado en la literatura.

Financiamiento: Sin financiamiento externo.

Referencias

1. Lee EM, J Clin Anesth. 20082. Yadeau DT, Anesth Analg. 2012.